

西暦 年 月 日

財団法人 東京都スキー連盟会長 殿

平成 年度 指導者研修会 受講願
検定員クリニック

_____スキー連盟主管の 指導者研修会
検定員クリニック に当連盟の下記の指導員が

参加いたしますので、よろしくお願い致します。

記

研修会 _____年 月 日 ~ _____月 日

_____県 会場

クリニック _____年 月 日 ~ _____月 日

_____県 会場

	氏 名	生年月日	資 格	ク ラ ブ 名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

本申込書に関する個人情報は、本連盟の行事以外には使用いたしません。